

特定非営利活動法人 エイズ孤児支援NGO・PLAS
海外事業職員採用選考資料

ご氏名 _____

健康状態 確認書

内のいずれか該当する方に○を記載してください。また、「ある」や「はい」に○を記入した場合は、矢印に従い（ ）に詳細を記入してください。記入後、内容に相違ないことを確認したら、署名欄に署名してください。

この書類はご本人が記入してください。未記入部分がありますと全体の判定ができませんので、もれなく記入してください。なお、問診欄には既往症を正確に申告してください。正確に申告頂けない場合又は未申告の場合は書類審査が合格であっても採用プロセスを進んで頂くことができない場合があります。

●個人情報の取り扱いについて●

個人情報は職員採用審査以外の目的には一切使用せず、個人情報を第三者に開示・提供することはありません。

<病気やケガの例> この他にも治療中や通院歴のある場合は記入してください。

脳血管障害・不整脈・川崎病・がん・紫斑病・甲状腺疾患・糖尿病・結核・気管支喘息・自律神経失調症・摂食障害・気分障害・うつ病・パニック障害・てんかん・統合失調症・潰瘍性大腸炎・肝炎・胆石症・腎炎・骨折（部位）・脱臼（部位）・靭帯損傷（部位）・椎間板ヘルニア・腰痛症・関節症・リウマチ・膠原病・網膜はく離・円錐角膜・慢性中耳炎・副鼻腔炎・月経不順・無月経・卵巣のう腫・子宮筋腫・子宮内膜症・頭部打撲・手術など

(1) 現在治療中または継続して病院等に通って診察を受けている病気やケガはありますか。(歯科含む)

ない/ある → (病名：)
(内服/外用薬名：)
(通院間隔：)

(2) 最近気になる自覚症状はありますか。

ない/ある → 該当する項目に○をつけ、詳細を [] に記入してください。
頭痛・動悸・息切れ・胸の痛み/圧迫感・疲労感・食欲不振・腹痛・下痢・便秘・めまい・不眠・
体重減少/増加・便に血がまじる・持続する不安感・持続する緊張感・持続する落ち込み感・腰
痛・関節痛・
しびれ [部位：] 皮膚発疹 [部位：]
その他 []

(3) 今までにストレス等で医師の診察を受けたことがありますか。

ない/ある → (あるに○の場合： 年 月頃)

(4) 食べ物や薬剤その他何らかに対してアレルギーはありますか。

ない/ある → (何に：)

(症状：)

(5) 今までに入院や手術をしたり、継続して通院治療したり、治療はしなかったが病気やケガを指摘されたことはありますか。傷病名を記入し、通院・入院・手術の該当する項目に○をつけ、治療（通院）終了年齢を記入してください（骨折脱臼・靭帯損傷は部位も記入）。治療しなかった場合は指摘された年齢だけを記入してください。

<input type="checkbox"/> ない/ <input type="checkbox"/> ある	→ (傷病名：	通院/入院/手術	才に治療終了)
	(傷病名：	通院/入院/手術	才に治療終了)
	(傷病名：	通院/入院/手術	才に治療終了)

(6) たばこを吸いますか。

はい/いいえ → (量： 本/日)

(7) アルコールを飲みますか。

はい/いいえ → (種類： 量： ml /ℓ / 日/週/月)

(8) 女性のみ記入してください。

月経痛に対する鎮痛剤などの服用 → しない/する → 頻度 (時々/毎回)

上記の申告内容に相違ありません。(※この欄を必ずご記入下さい。)

記入日：2013年 月 日 本人署名：